

VU Research Portal

Recent Onderzoek: Een slechter gehoor leidt tot meer eenzaamheid, maar niet bij alle ouderen

Pronk, M.; Deeg, D.J.H.; Smits, C.; van Tilburg, T.G.; Kuik, D.J.; Festen, J.M.; Kramer, S.E.

published in

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie
2012

DOI (link to publisher)

[10.1007/s12439-012-0013-1](https://doi.org/10.1007/s12439-012-0013-1)

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., van Tilburg, T. G., Kuik, D. J., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2012). Recent Onderzoek: Een slechter gehoor leidt tot meer eenzaamheid, maar niet bij alle ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43, 103-104. <https://doi.org/10.1007/s12439-012-0013-1>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Recent onderzoek

Een slechter gehoor leidt tot meer eenzaamheid, maar niet bij alle ouderen

Marieke Pronk, Dorly J.H. Deeg, Cas Smits, Theo G. van Tilburg, Dirk J. Kuik, Joost M. Festen, Sophia E. Kramer (2011). *Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. International Journal of Audiology*, 50: 887-896. KNO/Audiologie en Longitudinal Aging Study Amsterdam, EMGO Institute for Health and Care Research, VU medisch centrum Amsterdam.

Conclusie

Ons prospectieve onderzoek liet zien dat een slechter gehoor bij ouderen leidt tot meer gevoelens van eenzaamheid. Dit blijkt echter alleen zo te zijn voor bepaalde subgroepen, te weten: mannen, ouderen die met hun partner leefden, ouderen die geen hoortoestel gebruikten en relatief hoger opgeleide ouderen. Daarnaast lijkt het effect sterker voor ouderen zonder comorbiditeit dan voor ouderen met comorbiditeit.

Achtergrond en doel

Slechthorendheid staat in de top-3 van meest prevalentie chronische aandoeningen onder ouderen. Dat een slechter gehoor voor communicatieproblemen kan zorgen en het sociale leven negatief kan beïnvloeden staat buiten kijf. Echter, of het ook tot meer eenzaamheidsgevoelens en depressieve klachten leidt is tot op heden onduidelijk: waar sommige onderzoekers significante verbanden vonden, vonden anderen er geen. Deze studies beperkten zich hoofdzakelijk tot cross-sectioneel onderzoek waarbij mogelijke verschillen in subgroepeffecten niet in ogenschouw werden genomen. Dit laatste lijkt belangrijk, omdat bekend is dat groepen op verschillende manieren met gehoorproblemen omgaan (bijvoorbeeld: wel/niet erkennen van problemen, wel/geen hoortoestel). Dit zou zijn weerslag kunnen hebben op het welbevinden. In het huidige onderzoek is daarom met longitudinale analyses onderzocht of een slechter gehoor tot meer depressieve klachten en eenzaamheidsgevoelens leidt en of deze effecten verschillen tussen bepaalde subgroepen.

Bespreking van de studie

We gebruikten gegevens van in totaal 926 oudere respondenten (426 mannen, 570 vrouwen, 63 tot 93 jaar) uit twee meetrondes van het LASA-onderzoek (zie kader). Gehoor werd gemeten op twee manieren: middels een hoortest (spraak-verstaan in achtergrondruis) en een zelfrapportage-schaal (zelfgerapporteerd

gehoorvermogen in drie veelvoorkomende communicatiesituaties). Eenzaamheid werd gemeten met de De Jong-Gierveld schaal. Deze onderscheidt sociale eenzaamheid (gemis sociale inbedding) en emotionele eenzaamheid (gemis van intieme relatie/diepere emotionele band). Depressie werd gemeten met de Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) schaal. Met lineaire regressiemodellen testten we of baseline gehoorstatus samenhang met depressie en eenzaamheid na vier jaar follow-up, ondertussen controlerend voor baseline welzijn en verstoringen van de variabelen. Subgroepeffecten werden getest met interactietermen.

Resultaten en Discussie

Hoewel slechthorendheid geen relatie vertoonde met depressieve gevoelens, was een slechtere gehoorstatus (zowel zelfrapportage als hoortest) geassocieerd met hogere sociale en emotionele eenzaamheidsscores. Echter, dit bleek alleen statistisch significant voor bepaalde subgroepen, te weten: niet-hoortoestelgebruikers, (sociale eenzaamheid), mannen (emotionele eenzaamheid), ouderen met partner (sociale en emotionele eenzaamheid), ouderen zonder cardiovasculaire aandoeningen (emotionele eenzaamheid), ouderen met een of meer chronische aandoeningen (emotionele eenzaamheid), ouderen met een middel tot hoog inkomen (sociale eenzaamheid), en middel tot hoog opgeleide ouderen (sociale en emotionele eenzaamheid). De effecten van de andere subgroepen bleven niet-significant.

De groepsverschillen zijn mogelijk te verklaren door verschillen in dagelijkse bezigheden en in 'succesvol' omgaan met gehoorproblemen. Zo is bekend dat mannen vaker hun gehoorproblemen ontkennen en minder vaak non-verbale compenserende communicatiestrategieën gebruiken dan vrouwen. Daarnaast putten

Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

LASA is een lopende cohortstudie die gericht is op voorspellers en gevolgen van veranderingen in autonomie en welzijn in een verouderende populatie. In 1992/1993 startte LASA met 3107 ouderen (55+) die representatief waren voor de Nederlandse oudere bevolking. Sindsdien wordt elke drie tot vier jaar een herhaalmeting uitgevoerd waarbij verschillende factoren worden gemeten. Het LASA-onderzoek kenmerkt zich door multidisciplinariteit: stevast worden verscheidene lichamelijke, emotionele, psychische en sociale factoren in ogenschouw genomen. Daarnaast biedt het longitudinale van LASA de uitgelezen mogelijkheid om causale verbanden bloot te leggen. Voor meer informatie over LASA, zie www.lasa-vu.nl.

mannen voor hun intieme emotionele band vaak enkel uit de partnerrelatie terwijl vrouwen ook vaak putten uit vriendschappen. Het is bekend dat de partnerrelatie zwaar onder druk kan komen te staan wanneer één van de partners slechthorend is. Dit alles zou voor mannen in meer emotionele eenzaamheid kunnen uitmonden. De effecten voor ouderen met een hogere sociaal-economische status (SES) lijken deels te verklaren door hun hogere mate van sociale participatie in vergelijking met ouderen met een lagere SES. Doordat slechthorende ouderen met een hoge SES hun sociale relaties zouden spiegelen aan die van hun sociaalactieve goedhorende leeftijdgenoten zouden zij deze eerder als beperkt kunnen ervaren. Verder lijkt een slechter gehoor een grotere impact te hebben wanneer het de enige beperking is waar de oudere mee om moet gaan. Wanneer iemand andere, en wel-

licht 'ernstiger' aandoeningen heeft, zouden de gehoorproblemen meer naar de achtergrond verschuiven. Ten slotte lijkt er een beschermende werking uit te gaan van hoortoestellen: bij hoortoestelgebruikers leidde een slechter gehoor niet tot meer eenzaamheid, maar bij de niet-gebruikers wel.

Het huidige onderzoek suggereert dat het belangrijk is om rekening te houden met subgroepenverschillen wanneer het om de psychosociale gezondheid van slechthorende ouderen gaat. Toekomstig onderzoek zal de subgroepeffecten moeten bevestigen en achterliggende mechanismen moeten verhelderen. Uiteindelijk zou dit kunnen bijdragen aan op maat gemaakte interventies ter preventie van eenzaamheid bij slechthorende ouderen.

RINO

Profielopleiding Ouderenspsycholoog door Kamer GZ erkend!

Werk u als GZ-psycholoog met ouderen of maakt u binnenkort de overstap naar de ouderenzorg? Heeft u behoefte aan een gericht scholingstraject om uw psychologische expertise op het gebied van ouderen verder te ontwikkelen of te actualiseren? Dan is de Profielopleiding Ouderenspsycholoog relevant voor u.

Profielopleidingen zijn bedoeld voor GZ-psychologen (of psychologen met vergelijkbare registratie of competentieniveau) en bieden een specialisatie naar werkveld. De Kamer GZ-psycholoog heeft de Profielopleiding Ouderenspsycholoog recent erkend.

2e uitvoering start op 5 oktober 2012

De Profielopleiding Ouderenspsycholoog duurt 1,5 jaar en wordt georganiseerd door GERION/VUMc en PDO GGZ/RINO Amsterdam gezamenlijk, in 16 tweedaagse modules op vrijdag en zaterdag. De hoofdopleiders zijn Anne Margriet Pot en Marja Vink.

Meer informatie op www.rino.nl/profielouderen

www.rino.nl

Leidseplein 5 - 1017 PR Amsterdam - (020) 625 08 03 - info@rino.nl

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA®

Samenstelling: 75 mg, 110 mg of 150 mg dabigatran etexilaat (als mesilaat) per capsule. **Farmacotherapeutische categorie:** directe trombineremmers. **Farmaceutische vorm:** harde capsules. **Therapeutische indicaties:** 1. Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met minimaal één risicofactor. 2. Primaire preventie van veneuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een totale heupvervangende operatie (THO) of een totale knievangende operatie (TKO) hebben ondergaan. **Dosering en wijze van toediening:** Capsules niet openen. **Preventie van CVA of systemische embolie:** 300 mg per dag, ingenomen als één capsule van 150 mg tweemaal daags. Patiënten van 80 jaar en ouder: 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal daags. **Preventie VTE na electieve TKO:** éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten, daarna 10 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. **Preventie VTE na electieve THO:** éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten met 1 capsule, daarna 28-35 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Zolang geen hemostase is vastgesteld moet het begin van de behandeling bij TKO en THO worden uitgesteld. Begin de behandeling niet op de dag van de operatie, dan moet worden gestart met éénmaal daags 2 capsules. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, ernstig verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 30 ml/min), actieve, klinisch significante bloedingen, orgaantransplant met risico op bloedingen, spontane of farmacologisch verminderde hemostase, verminderde werking van de lever of leveraandoeningen die naar verwachting invloed hebben op de overleving, gelijktijdige behandeling met systemische ketoconazol, ciclosporine, itraconazol en tacrolimus. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Voor de start van de behandeling met dabigatran dient de nierfunctie bepaald te worden door berekening van de creatinineklaring. Tijdens de behandeling dient de nierfunctie bepaald te worden in klinische situaties waarbij verwacht wordt dat de nierfunctie zal afnemen of verslechteren en ten minste eens per jaar bij patiënten > 75 jaar of met nierinsufficiëntie. Bij patiënten met een verhoogde kans op bloedingen dient een dosis van 220 mg dabigatran, ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag, overwogen te worden voor de preventie van CVA of systemische embolie. Een stollingstest kan worden gebruikt om patiënten met verhoogde dabigatran concentraties te identificeren. Patiënten die dabigatran etexilaat gebruiken, hebben, wanneer zij een operatie of invasieve procedure ondergaan, een verhoogd risico op bloedingen. Na electieve knie- of heupoperatie is bij patiënten met een matig verminderde nierfunctie (creatinineklaring 30-50 ml/min) en ouderen (> 75 jaar) de aanbeveling 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg. ALT dient standaard bepaald te worden tijdens preoperatief onderzoek. Bij patiënten met verhoogde leverenzymen > 2 maal ULN, wordt dabigatran niet aanbevolen. Er is geen ervaring bij kinderen en adolescenten. Anesthesie via een postoperatieve inwendige epidurale katheter wordt niet aanbevolen. Na het verwijderen van de katheter moet ten minste twee uur gewacht worden met de eerste toediening van dabigatran. Niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Combinaties van dabigatran met ongefractioneerde heparines, heparines met laag moleculair gewicht, fondaparinux, desuridine, trombolytische middelen, GPIIb/IIIa receptor antagonisten, ticlopidine, prasugrel, dextran, sulfonpyrazon, rivaroxaban en vitamine K antagonisten zijn niet onderzocht en kunnen de kans op bloedingen verhogen. Bij chronisch gebruik verhoogd NSAID's in de RE-LY studie het risico op bloedingen met ongeveer 50% bij zowel dabigatran als warfarine. Dabigatran wordt niet gemetaboliseerd door het cytochroom-P450-systeem en heeft geen effect in vitro op menselijke cytochroom-P450-enzymen. Dabigatran etexilaat is een substraat voor de effluxtransporter P-glycoproteïne. Proteaseremmers beïnvloeden P-glycoproteïne en gelijktijdige behandeling met dabigatran en deze middelen wordt daarom niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van P-glycoproteïne-inductoren (zoals rifampicine, sint-janskruid (*Hypericum perforatum*), carbamazepine of fenytoïne) dient vermeden te worden. **Preventie van CVA en systemische embolie:** Nauwgezet medisch toezicht (met aandacht voor verschijpselen van bloeding of anemie) is vereist wanneer dabigatran gelijktijdig wordt toegediend met sterke P-glycoproteïne-remmers (zoals amiodaron, verapamil, kinidine, ketoconazol en claritromycine), in het bijzonder bij patiënten met een licht tot matig verminderde nierfunctie. Bij patiënten die tegelijk dabigatran etexilaat en verapamil krijgen, dient de dosis dabigatran te worden verlaagd naar 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag. Gelijktijdige behandeling met protonpompremmers (PPI) leek de werkzaamheid van dabigatran niet te verminderen. De toediening van ranitidine samen met dabigatran had geen klinisch relevant effect op de mate waarin dabigatran werd geabsorbeerd. **Preventie van VTE:** Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en amiodaron, kinidine of verapamil gebruiken dient de dosering verlaagd te worden tot 150 mg dabigatran eenmaal daags. Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie die gelijktijdig dabigatran en verapamil gebruiken dient een dosis van 75 mg dabigatran overwogen te worden. Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en claritromycine gebruiken dient nauwgezet klinisch toezicht te worden gehouden, in het bijzonder wat betreft het optreden van bloedingen, speciaal bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen zijn bloedingen. Ernstige bloedingen kunnen, ongeacht waar ze in het lichaam optreden, leiden tot invaliditeit, levensbedreigend zijn of zelfs een dodelijke afloop tot gevolg hebben. Indien ernstige bloedingen optreden moet de behandeling worden gestopt en de bron van de bloeding worden onderzocht. Er is geen antidotum voor dabigatran. Andere vaak voorkomende klachten zijn buikpijn, diarree, dyspepsie, misselijkheid en abnormale leverfunctie / leverfunctietest (minder dan 10%). **Preventie van CVA en systemische embolie:** Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 16,5% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 3,5%). Dabigatran werd in de RELY studie gerelateerd aan een hogere incidentie van majeure gastro-intestinale bloedingen. De toediening van een protonpompremmer kan overwogen worden om een gastro-intestinale bloeding te voorkomen. **Preventie van VTE:** Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 14% van de patiënten voor; ernstige bloedingen (inclusief wondbloedingen) werden zelden gerapporteerd (minder dan 2%). **Verpakking:** Pradaxa 75 mg, 110 mg en 150 mg worden geleverd in aluminium blisterverpakkingen van 60 stuks. **Alfiverstaten:** U.R. **Registratie:** EU/1/08/442/003, EU/1/08/442/007, EU/1/08/442/011. Registratiedatum 18 maart 2008 (VTE) en 4 augustus 2011 (CVA). **Vergoeding en prijzen:** **Preventie van VTE:** Pradaxa wordt volledig vergoed binnen het GVS. **Preventie van CVA en systemische embolie:** vergoeding nog niet beslist door VMS. Voor volledige productinformatie is de 18 tekst op aanvrage beschikbaar. Boehringer Ingelheim bv, Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar, Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** februari 2012. **Referentie:** [1] Connolly SJ et al., *NEJM* 2009; 361(12):1139-1151 Erratum in: *NEJM* 2010; 363(19):1875-1876.